ITEM 274 : VOMISSEMENTS DE L'ENFANT

Vomissement = rejet actif de tout ou partie du contenu gastrique ou intestinal par la bouche
- Associe une contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale
- Souvent précédés : **nausée, pâleur, hypersalivation, sueurs diffuses**
- Motif fréquent de consultation, souvent en urgence.
- Symptômes peu spécifiques chez le nourrisson et l'enfant : le + souvent associés à des infections virales bénignes

D

- **Régurgitations** : remontée passive du contenu gastrique, sans effort, fréquente après la tétée chez le nourrisson
- **Mérycisme** : rumination volontairement régurgitée, remâchée puis redéglutie

Situations d'urgence

Urgence symptomatique	= Retentissement des vomissements : - **Hypovolémie, déshydratation aiguë** - **Mauvais état nutritionnel** (courbe poids-taille)
Urgence étiologique	- **Chirurgicale** : hernie étranglée, volvulus, invagination intestinale, torsion d'annexe, appendicite aiguë, sténose du pylore… - **Neurologique** : hématome sous-dural, tumeur cérébrale, méningite… - **Métabolique** : acidocétose diabétique, hypoglycémie, insuffisance surrénalienne aiguë, intoxication médicamenteuse, anaphylaxie alimentaire…

CAT

- Correction d'une hypovolémie : - **VVP** avec prélèvement d'un **ionogramme sanguin**
  - **Remplissage vasculaire** : NaCl 0,9% 20 ml/kg (max 500 mL) sur 20 minutes
- Préparation à une intervention chirurgicale : **autorisation parentale, mise à jeun, CPA, bilan préopératoire**
- **Sonde naso-gastrique** si abondant
- **Antiémétique IV** si besoin **: dompéridone, métopimazine…**

Enquête diagnostique

C

- Caractéristiques des vomissements : récents ou anciens, évolution, fréquence, horaire préférentielle, abondance, aspect (alimentaire, bilieux, sanglant)
- Contexte : âge, atcds néonatals et chirurgicaux, régime alimentaire, croissance staturo-pondérale, traitement

Enquête diagnostique en fonction de l'âge et des symptômes (source : LISA)

Nouveau-né	- Vomissement aigu : . Vomissement vert, abdomen chirurgical, arrêt du transit : voluvulus du grêle, atrésie duodénale ou du grêle, iléus méconial, ECUN . Syndrome infectieux : méningite, pyélonéphrite . Examen normal : RGO - Vomissement subaigu : sténose du pylore
Nourrisson / jeune enfant	- Vomissement aigu : . Vomissement vert, abdomen chirurgical, arrêt du transit + syndrome infectieux : appendicite, péritonite . Vomissement vert, abdomen chirurgical, arrêt du transit sans syndrome infectieux : invagination intestinale aigüe, hernie inguinale étranglée . Syndrome infectieux seul : infections bénignes digestives ou extra digestives (méningite, pyélonéphrite, hépatite) . Examen normal : RGO, erreur diététique, HTIC, anomalie métabolique (hypoglycémie, acido-cétose diabétique, dysnatrémie, dyscalcémie), intoxcation médicamenteuse ou au CO - Vomissement chronique/récurrent : HTIC, allergie alimentaire, maladies chroniques extra-digestives (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale)
Grand enfant / adolescent	- Vomissement aigu : . Vomissement vert, abdomen chirurgical, arrêt du transit + syndrome infectieux : appendicite, péritonite . Vomissement vert, abdomen chirurgical, arrêt du transit sans syndrome infectieux : occlusion sur bride, torsion d'annexes, GEU . Syndrome infectieux seul : infections bénignes digestives ou extra digestives (méningite, pyélonéphrite, hépatite) . Examen normal : intoxication médicamenteuse ou au CO, anaphylaxie, anomalie métabolique, HTIC - Vomissement chronique/récurrent : HTIC, allergie alimentaire, maladies chroniques extra-digestives (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale), vomissements provoqués, vomissements cycliques, vomissements psychogènes

- Facteur déclenchant : aliments ou circonstances particulières, auto-déclenchement
- Signes associés : - Digestifs : **soif, anorexie, douleurs abdominales, diarrhée, constipation, rectorragie…**
  - Extra-digestifs : **fièvre, céphalées, polyuro-polydipsie…**

Enquête diagnostique	Bio		- **Ionogramme sanguin ± GDS** : si déshydratation, ou recherche d'alcalose hypochlorémique (sténose du pylore), acidocétose diabétique - **NFS, CRP** : recherche de syndrome infectieux - **Bactériologie** : **coproculture, BU ± ECBU, ponction lombaire** - **Glycémie veineuse, enzymes hépatiques, toxiques ± bilan métabolique** - **Bilan préopératoire** : groupage, bilan d'hémostase - **β-hCG** chez l'adolescente
	PC		Exploration digestive : - Imagerie : . **Echographie abdominale** . **ASP** possiblement indiquée si vomissements bilieux . **TOGD** - **Fibroscopie œsogastrique** : si vomissement sanglant ou signes d'œsophagite **Imagerie neurologique** : si cause neurologique suspectée
Vomissements aigus/occasionnels	Syndrome infectieux évident		- **Gastro-entérite** → les vomissements peuvent précéder la diarrhée de plusieurs heures - **Infection ORL : otite, rhinopharyngite, angine, stomatite** - Autre infection : **urinaire, méningite, respiratoire** (**coqueluche émétisante**), **hépatite, appendicite, péritonite**
	Absence de syndrome infectieux	Nouveau-né	- **Atrésie** ou **sténose duodénale** ou du grêle - **Iléus méconial** (mucoviscidose) - **Volvulus** par malrotation intestinale - **Maladie de Hirschsprung** - **Entérocolite ulcéronécrosante** (prématuré ++)
		Nourrisson, enfant	- Cause chirurgicale : **hernie étranglée, volvulus, invagination intestinale aiguë, appendicite aiguë, torsion testiculaire ou ovarienne, occlusion intestinale sur bride** - Cause neurologique (HTIC) : **hématome sous- ou extra-dural, tumeur cérébrale** - Cause métabolique : **hypoglycémie, acidocétose diabétique** - **Grossesse extra-utérine** - Toxique : **hypervitaminose A et D, intoxication médicamenteuse ou au CO** - Allergie alimentaire : **forme IgE médiée, SEIPA aigu**
Vomissements chroniques/récurrents	**Erreur diététique**		→ A éliminer : **quantités excessives, forcing alimentaire**
	Affection digestive		- Chez le nourrisson : **sténose du pylore** → urgence - **RGO** : début précoce, vomissements post-prandiaux ± tardifs, souvent associé à des régurgitations, favorisée par le changement de position ou le décubitus, sans retentissement majeur sur le poids - **Allergie aux protéines de lait de vache** : apparition au sevrage de l'allaitement maternel, atopie familiale, diarrhée et eczéma associés (forme retardée, SEIPA chronique) - **Maladie cœliaque** (plus rare)
	Pathologie chronique		- **HTIC** - **Insuffisance cardiaque** - **Tubulopathie** - **Hépatopathie** - **Chimiothérapie anti-cancéreuse**
	Maladie métabolique		- **Acidocétose diabétique** - **Hyperplasie congénitale des surrénales** - **Galactosémie, fructosémie, anomalie du cycle de l'urée** (hyperammoniémie)
	Autres		- **Vomissements cycliques** (équivalent de migraine) : très intense, par périodes espacées de plusieurs semaines, durée de quelques jours, aucun symptôme entre les crises - **Vomissements psychogènes** : une des causes principales de vomissements inexpliqués de l'enfant
TTT	**Anti-émétique**		→ En l'absence de cause justifiant un traitement spécifique, un traitement symptomatique peut être proposé. Très peu d'études randomisées ont mesuré leur efficacité chez l'enfant - **Ondansétron** (Zophren®) : 0,1 mg/kg IVL = le seul ayant clairement démontré son efficacité (AMM actuellement réservée aux vomissements induits par les chimiothérapies cytotoxiques et aux vomissements post-opératoire) - **Métopimazine** (Vogalène®) : 0,33 mg/kg x 3 fois/jour - **Alizapride** (Plitican®) : 2 à 5 mg/kg/j - **Dropéridol** (Droleptan®) : 0,02 à 0,05 mg/kg IV → vomissements post-opératoires ++ - **Dompéridone** (Motilium®, Peridys®) : 0,25 à 0,5 mg/kg x 3-4 fois/jour → n'est plus recommandé par la HAS depuis 2016 (risque de troubles cardiaques et neurologiques, sans efficacité prouvée) → Le **métoclopramide** (Primpéran®) est contre-indiqué chez l'enfant

STÉNOSE DU PYLORE

Sténose du pylore = **hypertrophie des fibres musculaires du muscle pylorique** → urgence diagnostique et thérapeutique

Diagnostic	Contexte	- Jeune nourrisson, souvent chez le garçon, 1er né, parfois antécédents familiaux de sténose du pylore - Survenue avec un intervalle libre de **3 à 5 semaines** après la naissance
	SF	- **Vomissements** : . Explosifs, en jet, abondants, toujours de lait caillé blanc, non teinté de bile . Généralement à distance des repas (30 à 60 minutes) → Jamais bilieux : obstacle en amont de l'abouchement des voies biliaires - **Appétit conservé**, contrastant avec la **cassure de la courbe pondérale** - Aggravation progressive
	SC	- **Dénutrition** avec **déshydratation variable** - Signes évocateurs : . **Olive pylorique** : masse ferme et mobile au niveau de l'hypochondre droit . **Ondulations péristaltiques** de l'estomac
	PC	- **Ionogramme sanguin/gaz du sang** : **alcalose hypochlorémique** - **Echographie abdominale** = confirmation diagnostic : - . Aspect en cocarde . Allongement du canal pylorique > 15 mm, stase gastrique . Epaississement du muscle pylorique ≥ 4 mm
TTT		- **Urgence symptomatique** : correction de la déshydratation et des troubles ioniques - **Traitement chirurgical** systématique : **pyloromyotomie longitudinale extra-muqueuse**

HÉMATÉMÈSE

Diagnostic	Définition	- **Rejet de sang rouge ou noirâtre** au cours d'un effort de vomissements, d'origine digestive - Rarement sévère en pédiatrie
	DD	- Saignement ORL dégluti, hémoptysie
	PC	- Diagnostic souvent évident cliniquement pouvant être aidé par une sonde gastrique devant un collapsus inexpliqué ou une rectorragie abondante pour affirmer l'origine haute - Endoscopie digestive haute pour déterminer la cause : en urgence seulement si hémorragie non contrôlée, non nécessaire pour un syndrome de Mallory-Weiss
Etiologies	Nouveau-né	- Œsogastrite néonatale : stress maternel, prise de médicaments à T3, aspiration traumatique…
	Nourrisson	- Sang d'origine maternelle dégluti chez un enfant allaité - Rarement œsophagite peptique par reflux
	Enfant	- Ulcère surtout duodénal - Gastrite le plus souvent médicamenteuse
	Autres	- Fréquemment syndrome de Mallory-Weiss (ulcérations oesophagienne par vomissements répétés) - Plus rarement rupture de varices œsophagiennes en contexte d'hypertension portale
TTT		- Prise en charge en urgence selon importance du saignement et retentissement hémodynamique - Traitement symptomatique non spécifique : VVP de bon calibre, monitorage cardiorespi, remplissage, transfusion… - Traitement étiologique